

課長	係長	主査	係

広域予防接種予診票交付申請書

令和 年 月 日

嘉島町長 様

申請者氏名（保護者）：

申請者住所：嘉島町大字

連絡先： — —

下記予防接種が未接種のため広域予防接種の予診票の交付を申請します。

記

1、予防接種を希望する医療機関名

2、申請理由

3、被接種者

住所	□申請者と同様 嘉島町大字		
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月

4、予防接種の種類（希望するものに○をつけてください）

H i b	1 回目	2 回目	3 回目	追加
小児用肺炎球菌	1 回目	2 回目	3 回目	追加
B 型肝炎	1 回目	2 回目	3 回目	
4 種混合	第 1 期初回 1 回目	第 1 期初回 2 回目	第 1 期初回 3 回目	第 1 期追加
B C G	1 回			
麻しん・風しん	第 1 期	第 2 期		
水痘	1 回目	2 回目		
日本脳炎	第 1 期初回 1 回目	第 1 期初回 2 回目	第 1 期追加	第 2 期
2 種混合	1 回			
子宮頸がん	1 回目	2 回目	3 回目	
ロタウイルス	1 回目	2 回目	3 回目	

※ 上表で、色（ ）が付いている箇所は「予防接種予診票綴り」にて予診票を配布している予防接種です。

※ 子宮頸がんの予防接種の場合は、健康管理システムで予防接種履歴を確認し、未接種の場合に予診票をお渡しします。

【職員確認欄】		
	受付時確認	担当者確認
住民票		
対象年齢		
広域対応医療機関		
未接種		
母子健康手帳コピー		
本人確認		
HPV接種歴		
対応者サイン		